# ITEM 89 : DEFICIT NEUROLOGIQUE RECENT

**Déficit neurologique** = perte d'une fonction liée à une dysfonction temporaire (transitoire) ou lésionnelle (permanent) d'une région du système nerveux, central ou périphérique → **déficit moteur, sensitif, cérébelleux, sensoriel** ou **cognitif**
- Installation brutale (ex : AVC), rapidement progressive (quelques minutes/heures) ou progressives (jours)

## *DD*

= Déficit non neurologique : **impotence fonctionnelle**
**Origine :**
- **Ostéo-articulaire** : fracture, entorse, arthrite, rupture de coiffe… → douleur
- **Lésion vasculaire périphérique** : occlusion artérielle aiguë, phlébite, hématome… → douleur
- **Trouble somatoforme** : Origine psychogène, non anatomique, examen clinique discordant, plainte changeante…
- **Troubles de l'élocution, de l'équilibre** ou **de la vision** : origine ORL ou ophtalmologique

## *Démarche diagnostique*

### Diagnostic syndromique

- Classification en un ou plusieurs syndromes neurologiques : **syndrome pyramidal, cérébelleux**…
- Diagnostic topographique : **membre, hémicorps**…

### Localisation

| Atteinte du système nerveux périphérique | Atteinte du système nerveux central |
|---|---|
| - **Fasciculations, amyotrophie**<br>- Déficit moteur ou sensitif de **topographie radiculaire** ou **tronculaire**<br>- **Diminution/abolition des ROT**<br>- **Atteinte distale des membres inférieurs sans troubles vésicosphinctériens** | - Atteinte d'un **hémicorps** (motrice ou sensitive)<br>- **Niveau sensitif abdominal** ou **thoracique** franc<br>- **Aphasie, hémianopsie latérale homonyme**<br>- **Trouble de vigilance** associé<br>- **Epilepsie**<br>- **ROT vifs, diffus, clonus de cheville, signe de Babinski** |

| Atteinte de la jonction neuromusculaire ou musculaire | - **Atteinte motrice pure** sans déficit sensitif ou vésico-sphinctérien<br>- Déficit à prédominance proximale<br>- Réflexes tendineux et plantaires normaux |
|---|---|

### Mécanisme

Début :
- Soudain (secondes) et d'emblée maximal : **vasculaire**
- Soudain, rapidement progressif (secondes/minutes) : **migraineux, épileptique, traumatique**
- Subaigu (heures/jours) : **inflammatoire, infectieux, toxique, thrombose**
- Chronique (jours/semaines/mois/années) : **tumoral, dégénératif**

Profil évolutif :
- Amélioration : **vasculaire, inflammatoire**
- Aggravation : **tumoral**
- Stabilité : **vasculaire, tumoral**
- Par poussée : **inflammatoire**

### Contexte

= **Traumatisme, infection, chirurgie, HTA sévère, effort physique, prise de toxique, alcool**
Signes associés :
- Fièvre, céphalées : **méningite, méningo-encéphalite, abcès**
- Plaies, hématomes, contusions, lésions osseuses : **hématome/contusion cérébrale**
- Arythmie cardiaque : **AVC ischémique** d'origine embolique

### Bilan

- **IRM cérébrale** (ou **scanner** à défaut) ou **rachidienne**
- **EMG** si suspicion d'atteinte périphérique, de la jonction neuromusculaire ou musculaire
- **PL** si suspicion de processus infectieux ou inflammatoire, ou de polyradiculonévrite

→ Délai : - Déficit neurologique aigu = suspicion d'AVC : imagerie cérébrale en urgence
- Déficit d'installation progressif, sans signe de gravité : imagerie dans un délai < **24h**

## *Etiologie*

### Cause centrale

| Cérébrale | - **Cortex** : syndrome frontal, atteinte visuelle, troubles visuo-spatiaux, troubles mnésiques<br>- **Voies intracérébrales** : syndrome pyramidal, atteinte du corps calleux, hémianopsie<br>- **Noyaux gris centraux** : mouvements anormaux, syndrome extrapyramidal<br>- **Tronc cérébral** : atteinte des voies longues, atteinte des nerfs crâniens, paralysie oculomotrice de fonction, troubles de vigilance<br>→ Transitoire : AIT, épilepsie, aura migraineuse<br>→ Constitué : infarctus, hémorragie, trauma crânien, tumeur, poussée de SEP, infectieux |
|---|---|
| Médullaire | - **Myélite transverse** : compression, ischémie<br>- **Syndrome de Brown-Séquard** : compression, inflammatoire<br>- **Syndrome syringomyélique** : dégénératif<br>- **Syndrome cordonal postérieur** : métabolique |

<table>
<tr><td></td><td>Cause périphérique</td><td colspan="3">- Syndrome de la queue de cheval : compression par hernie discale<br>- Polyradiculopathie<br>- Plexopathie : infiltration tumorale<br>- Mononeuropathie : compression mécanique<br>- Mononeuropathie multiple</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Déficit neurologique transitoire</td><td colspan="4">= Généralement non observé par le médecin : interrogatoire du patient ou de l'entourage (démence, confusion postcritique d'une épilepsie…) ➙ d'origine centrale dans la grande majorité des cas</td></tr>
<tr><td>Origine</td><td>AIT</td><td>Migraine</td><td>Epilepsie</td></tr>
<tr><td>Terrain</td><td>Personne âgée, FdRCV</td><td>Adulte jeune</td><td>2 pics : jeune ou personne âgée</td></tr>
<tr><td>Installation</td><td>Brutal<br>(d'une seconde à l'autre)</td><td>Rapidement progressif<br>En quelques minutes</td><td>Rapidement progressif<br>En quelques dizaines de secondes</td></tr>
<tr><td>Progression</td><td>Maximale d'emblée</td><td>Marche migraineuse<br>sur plusieurs dizaines de minutes</td><td>Marche épileptique : propagation rapide<br>en quelques dizaines de secondes</td></tr>
<tr><td>Symptôme</td><td>Négatif : paralysie, amputation d'un champ visuel, perte de sensibilité</td><td>Positif : phénomènes visuels lumineux/colorés, paresthésies…</td><td>Positif : clonies segmentaires, paresthésie d'un membre, figures géométriques dans le champ visuel</td></tr>
<tr><td>Résolution</td><td>Rapide d'une seconde à l'autre</td><td>Progressif, avec migraine post-aura</td><td>Rapide<br>Amnésie possible</td></tr>
<tr><td>Autres causes</td><td colspan="3">Centrale :<br>- Encéphalopathie hypoglycémique : à rechercher en 1er systématiquement (glycémie capillaire)<br>- Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : Vitaminothérapie B1 parentérale<br>- Traumatique (hématome sous-dural), tumoral (méningiome), vasculaire (malformation)<br>Périphérique : Neuropathie héréditaire par susceptibilité à la compression</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Déficit neurologique constitué</td><td>Origine cérébrale</td><td colspan="3">- AVC<br>- Traumatisme crânien :<br>. Notion de traumatisme récent ou plus ancien (jusqu'à plusieurs semaines)<br>. Chutes fréquentes, plaies du scalp, perte de conscience<br>. Scanner : hématome sous dural aigu ou chronique, hématome extra-dural, contusion<br>- Tumeur :<br>. Début progressif, évolution « en tâche d'huile »<br>. HTIC (céphalées matinales ou en décubitus, vomissements, obnubilation), crise d'épilepsie<br>. Antécédent de cancer primitif (sein, poumon, digestif…)<br>. IRM injecté (ou scanner cérébral injecté au minimum)<br>- Infectieux :<br>. Fièvre, confusion (surtout sujet jeune)<br>. Syndrome méningé : céphalée, raideur de nuque, photo-phonophobie, nausées, vomissements<br>. Notion d'abcès dentaire, otite ou sinusite récente, immunodépression, chirurgie récente, purpura<br>➙ Tout déficit fébrile est une urgence absolue<br>- Inflammation : installation sur plusieurs jours, ou parfois plus rapide en quelques heures</td></tr>
<tr><td>Origine médullaire</td><td colspan="3">Compression médullaire ➙ à éliminer en urgence par une IRM médullaire<br>- Paraplégie/tétraplégie flasque ou spastique (si subaigu), niveau sensitif, troubles vésico-sphinctériens, douleur rachidienne, douleur radiculaire<br>- Cause : traumatique, compressive (arthrose, hernie discale), inflammatoire (SEP), tumorale (épidurite métastatique, MT vertébrale, fracture pathologique), infectieuse (spondylodiscite bactérienne, tuberculose)</td></tr>
<tr><td>Origine périphérique</td><td>Syndrome de Guillain-Barré</td><td colspan="2">➙ A évoquer en 1er lieu : PL (dissociation albuminocytologique), EMG<br>- Installation en quelques jours d'un déficit moteur symétrique des 4 membres, débutant souvent par des paresthésies aux pieds<br>- Evolution ascendante<br>- Abolition diffuse des ROT<br>- Notion d'infection respiratoire ou digestive dans les jours précédents (50%)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">Déficit neurologique constitué</td><td rowspan="4">Origine périphérique</td><td>Atteinte radiculaire</td><td colspan="2">- Douleur et troubles sensitifs d’un territoire radiculaire précis<br>- Arthrose cervicale ou lombaire connue, notion de « faux mouvement » à l’origine de la douleur, lombalgie chronique<br>- Majoration des douleurs à la manœuvre de Valsalva, signe de Lasègue<br>- Formes les plus fréquentes : sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale<br>➙ En cas de déficit moteur (à distinguer de l’impotence uniquement lié à la douleur) : prise en charge neurochirurgicale en urgence</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Atteinte tronculaire</td><td colspan="2">- Déficit sensitif limité à un territoire tronculaire, déficit moteur tronculaire<br>- Compression prolongée, traumatisme récent ou anesthésie générale récente (attitude vicieuse pendant l’intervention)<br>- En cas de déficit tronculaire ou pluri-tronculaire aigu douloureux ➙ évoquer une vascularite</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Nerfs fragiles à risque</td><td>- Nerf fibulaire commun au col de la fibula (parésie des releveurs du pied)<br>- Nerf ulnaire au pli du coude (déficit sensitif des 2 derniers doigts)<br>- Nerf radial</td></tr>
</table>